

「指定介護予防短期入所生活介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(香川県指定 第 3771700998 号)

◇◆目次◆◇

1. 事業の目的と運営方針
2. 事業者
3. 事業所の概要
4. 職員の配置状況
5. サービスの内容
6. 利用料金
7. サービス利用に当たって留意事項
8. 非常災害対策
9. 緊急時の対応
10. 事業継続計画の策定等
11. 事故発生時の対応
12. 守秘義務に関する対策
13. 利用者の尊厳
14. 身体拘束の禁止
15. 虐待防止について
16. 苦情相談窓口
17. 損害賠償について
18. 第三者評価の実施状況

1. 事業の目的と運営方針

要支援状態にある方に対し、適正な介護予防短期入所生活介護を提供することにより要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 仁尾福祉会
- (2) 法人所在地 三豊市仁尾町仁尾辛42番地3
- (3) 電話番号 0875-82-5051
- (4) 代表者氏名 理事長 安藤 強
- (5) 設立年月 平成17年8月17日

3. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所
平成17年9月1日指定 香川県 3771700998
※当事業所は特別養護老人ホームにお荘に併設されています。
- (2) 事業所の目的 職員が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な短期入所生活介護を提供すること。
- (3) 事業所の名称 特別養護老人ホームにお荘（短期入所生活介護）
- (4) 事業所の所在地 三豊市仁尾町仁尾辛42番地3
- (5) 電話番号 0875-82-5051
- (6) 事業所長 管理者 大崎 正樹
- (7) 当事業所の運営方針 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営めるよう日常生活上の世話、機能訓練等を行い、利用者の社会的孤立感の解消および心身の機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。
- (8) 開設年月 平成17年9月1日
- (9) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	8:30～17:30

- (10) 利用定員 12人
- (11) 通常の事業実施地域 三豊市仁尾町区域とする。
- (12) 居室等の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、原則として3人部屋と2人部屋、1人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
1 人部屋	1 室	空調設備、空気清浄機、インターホン等あります。
2 人部屋	4 室	空調設備、空気清浄機、インターホン、洗面等あります。
3 人部屋	1 室	〃
合 計	6 室	
食堂	数室	
機能訓練室	1 室	ホールにあります。
浴室	2 室	機械浴・特殊浴槽・普通浴
医務室	1 室	

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。なお、全て特別養護老人ホームと一体となっています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職員数 (兼務を含む)
1. 施設長（兼務）	1 名
2. 事務員（兼務）	2 名
3. 介護職員（入居含）	（常勤換算）22.8 名
4. 生活相談員（兼務）	1 名
5. 看護職員	（常勤換算）1 名
6. 機能訓練指導員（兼務）	1 名
7. 介護支援専門員（兼務）	2 名
8. 医師（嘱託）	1 名
9. 管理栄養士（以下「栄養士」を含む）（兼務）	1 名

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制
1. 医師	木 14:00～15:00
2. 介護職員	7:30～16:30 8:30～17:30 9:30～18:30 10:30～19:30 夜勤 17:00～翌10:00
3. 看護職員	8:00～17:00 9:30～18:30

5. サービス内容

(1) 基本サービス

① 介護予防短期入所生活介護計画の立案

利用期間が相当期間以上にわたり継続して入所することが予定される場合、利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、介護予防短期入所生活介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

② 食事

食事は利用者の摂取状況に合わせて調理します。

医師の指示による食事の提供を行います。

(食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 17:30～

③ 入浴

週に2回以上入浴していただけます。ただし、利用者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。

④ 介護

介護予防短期入所生活介護計画に沿った介護を行います。

- ・更衣、排泄、食事、入浴等の介助
- ・体位変換、シーツ交換、事業所内の移動の付添等

⑤ 機能訓練

日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。

⑥ 生活相談

生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

⑦ 健康管理

利用者の医療機関の受診は、基本的にご家族に対応していただきます。ただし、ご利用開始後必要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場

合がございました。

(2) その他のサービス

① 理美容

毎月、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申出ください。

② 所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、最小限にお願い致します。

③ レクリエーション

年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものがございます。(利用期間中に行われる場合)

6. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護予防短期入所生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示額

(1) 基本料金(1日当り)(1割負担の方)

	利用料	自己負担額
要支援1	4,510 円 (451 単位)	451 円
要支援2	5,610 円 (561 単位)	561 円

(2) 加算料金等

ア 送迎加算 片道につき 1,840 円 184 円

家族の事情等から送迎を行うことが必要な場合

※通常の事業実施地域以外の地域にお住まいの方は、送迎費用として、下記料金をいただきます。

通常の事業実施地域を越えた地点から、片道おおむね 5 km 以上の場合 1 km につき 40 円

イ サービス提供体制加算Ⅰ 1 日につき 220 円 22 円

ウ 介護職員等処遇改善加算 上記合計額の 14% 分

エ 長期利用の適正化(31 日以降)

連続 31 日以上介護予防 短期入所生活介護を行 った場合	要支援 1	介護福祉施設サービス費の要介護 1 の単 位数 (589 単位) の 75% に相当する単位 数の減算
	要支援 2	介護福祉施設サービス費の要介護 1 の単 位数 (589 単位) の 93% に相当する単位 数の減算

□その他の費用

(1) 食事の提供に要する費用・滞在に要する費用

ア

利用者負担段階	食事に係る負担額	居住に係る自己負担	
		個 室	多床室
1 段階	3 0 0 円	3 8 0 円	0 円
2 段階	3 9 0 円	4 8 0 円	4 3 0 円
3 段階①	6 5 0 円	8 8 0 円	4 3 0 円
3 段階②	1, 3 0 0 円	8 8 0 円	4 3 0 円
4 段階	1, 4 4 5 円	1, 2 3 1 円	9 1 5 円

※利用者負担段階とは、「介護保険負担限度額認定証」により算定します。

(食事内訳 朝食 312 円 昼食 578 円 夕食 555 円 合計 1,445 円)

イ 入所・退所時等における食費の負担額

入所・退所の日においては、実際に摂った食ごとの料金とします。ただし、その額がアに定める負担限度額を下回った場合はその額とします。

- | | |
|--------------------------|---------|
| (2) 喫茶代 (おやつ・嗜好的飲み物) | 200 円/日 |
| (3) 喫茶なし (嗜好的飲み物のみ) | 100 円/日 |
| (4) レンタルテレビ代 | 150 円/日 |
| (5) 持込電化製品電気代 (1 品につき) | 50 円/日 |
| (6) 日常生活費 (日用品における身の回り品) | 200 円/日 |

※身の周り品として日常生活に必要なものであり、シャンプー・コンディショナー・髭剃り用品・化粧水・入浴用タオル・おしぼり・ティッシュ・歯ブラシ・ハミングッド・歯磨きティッシュ・歯磨き粉等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。ご自身で準備される場合は不要です。

- | | |
|----------|----|
| (7) 理美容代 | 実費 |
|----------|----|

7. サービス利用に当たって留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の職員にご一報ください。
- ② 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。
- ③ 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④ 職員に対する贈物や飲物のもてなしは、お受けできません。

8. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関との連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

9. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の症状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

10. 事業継続計画の策定等

感染症や災害が発生した場合でも、利用者に対する指定介護の提供を継続的に実施するための計画及び非常時の体制で早期の事業再開を図る為の計画（業務継続計画）を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

1 1. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

1 2. 守秘義務に関する対策

事業者及び職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

1 3. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

1 4. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 5. 虐待防止について

施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 職員に対し虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

1 6. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入所者様に生じた損害については、施設はすみやかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、入所者に故意又は過失が認められた場合には、入所者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

17. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

○苦情受付窓口（責任者）

[職名] 施設長 [氏名] 大崎 正樹

○苦情受付窓口（担当者）

[職名] 特養統括長（課長） 豊田 健志

生活相談員・介護支援専門員（副課長） 土井 亜希

生活相談員（副主任） 篠原 勇喜

看護職員（主任） 小野 恵美

ご利用時間：月～金曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法 電話 0875-82-5051

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

三豊市役所 健康福祉部 介護保険課	所在地 香川県三豊市高瀬町下勝間2373番地 電話番号 0875-73-3017 FAX 0875-73-3023 受付時間 月～金 8:30～17:15
観音寺市役所 健康福祉部 高齢介護課	所在地 香川県観音寺市坂本町1丁目1番1号 電話番号 0875-23-3968 FAX 0875-23-3929 受付時間 月～金 8:30～17:15
香川県 健康福祉部 長寿社会対策課	所在地 香川県高松市番町4丁目1番10号 電話番号 087-832-3266 FAX 087-806-0206 受付時間 月～金 8:30～17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 香川県高松市福岡町二丁目3番2号 電話番号 087-822-7431 FAX 087-822-6023 受付時間 月～金 9:00～17:00
香川県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 香川県高松市番町一丁目10番35号 電話番号 087-861-1300 FAX 087-861-1300 受付時間 月～金 8:30～17:15

※苦情処理第三者委員

中立公平な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

○【氏名】 安藤 俊孝 [電話] 0875-82-3264

○【氏名】 鈴木 佳壽美 [電話] 0875-82-2164

18. 第三者評価の実施状況

実施の有無 無

令和 年 月 日

指定介護予防短期入所生活介護サービスの開始に当り、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 三豊市仁尾町仁尾辛 42 番地 3

事業所名 特別養護老人ホーム にお荘

説明者職名 生活相談員 氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定介護予防短期入所生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

<家族（代理人）>

住所

続柄

氏名 印